



Komisja  
do Zwalczenia  
Dopingu w Sporcie

## Komisja do Zwalczenia Dopingu w Sporcie

ul. Łazienkowska 6A  
00-449 Warszawa, Polska  
tel. +48 22 529 88 43, fax +48 22 529 89 12

## Polish Anti-Doping Agency

Łazienkowska 6A Str.  
00-449 Warszawa, Poland  
tel. +48 22 529 88 43, fax +48 22 529 89 12

# TUE

## Wniosek o zezwolenie na używanie substancji i/lub metod zabronionych dla celów terapeutycznych

Therapeutic Use Exemptions  
Application form

**Proszę wypełnić drukowanymi literami lub pismem maszynowym!**

Please complete all sections in capital letters or typing!

### 1. Informacja o sportowcu

1. Athlete information

<b>Nazwisko:</b> Surname:				<b>Imię/Imiona:</b> Given name/names:			
<b>Kobieta:</b> Female:	<input type="checkbox"/>	<b>Mężczyzna:</b> Male:	<input type="checkbox"/>	<b>Data urodzenia:</b> Date of birth:	Dzień/day	Miesiąc/month	Rok/year
<b>Adres:</b> Address:	Ulica/street						
<b>Kod pocztowy:</b> Postcode:				<b>Miasto:</b> City:			
<b>Państwo:</b> Country:				<b>Telefon:</b> Phone:	Z numerem kierunkowym/with international code		
<b>E-mail:</b> E-mail:							
<b>Sport:</b> Sport:				<b>Dyscyplina/stanowisko:</b> Discipline/position:			
<b>Międzynarodowa lub Krajowa Organizacja Sportowa:</b> International or National Sport Organization:							
<b>Jeśli zawodnik jest niepełnosprawny, proszę określić stopień niepełnosprawności:</b> If athlete with disability, indicate disability:							

# Zezwolenie na używanie substancji i/lub metod zabronionych dla celów terapeutycznych

Therapeutic Use Exemptions

## 2. Informacja medyczna

2. Medical Information

**Diagnoza wraz z pełnym opisem stanu chorobowego zawodnika (zob. Uwaga 1.):**  
Diagnosis with sufficient medical information (see note 1)

**Jeśli może być zastosowany lek dozwolony, proszę podać medyczne uzasadnienie do zastosowania leku zawierającego substancję z listy zabronionej:**

If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication:

## 3. Szczegóły leczenia

3. Medical details

<b>Substancja/e zabronione (nazwy międzynarodowe*)</b> Prohibited substance(s) (generic name)	<b>Dawka</b> Dose	<b>Droga podawania</b> Route	<b>Schemat podawania</b> Frequency
1.			
2.			
3.			

\* Proszę podać również nazwę handlową, jeśli dawkowanie zależy od preparatu.

\* If dosage depends on the drug, please specify trade name of the drug, too.

<b>Planowany okres leczenia:</b> Intended duration of treatment:	<b>Jednorazowo:</b> Once only: <input type="checkbox"/>	<b>W nagłej sytuacji:</b> Emergency: <input type="checkbox"/>
	<b>Okres (tydzień? miesiąc?):</b> Duration (week/month): <input type="checkbox"/>	Liczba tygodni lub miesięcy/ No. of weeks or months

# Zezwolenie na używanie substancji i/lub metod zabronionych dla celów terapeutycznych

Therapeutic Use Exemptions

<b>Czy wcześniej składano wniosek o zgodę na używanie substancji lub metod zabronionych w celach terapeutycznych?</b> <small>Have you submitted any previous TUE application:</small>	<b>Tak:</b> <small>Yes:</small>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie:</b> <small>No:</small>	<input type="checkbox"/>
<b>Jeśli tak, to dla jakiej substancji?</b> <small>If yes, for which substance?</small>				
<b>Adresat wniosku:</b> <small>To whom:</small>				<b>Kiedy:</b> <small>When:</small>
	<small>Dzień/day</small>	<small>Miesiąc/month</small>	<small>Rok/year</small>	
<b>Decyzja:</b> <small>Decision:</small>	<b>Zgoda:</b> <small>Approved:</small>	<input type="checkbox"/>	<b>Brak zgody:</b> <small>Not approved:</small>	<input type="checkbox"/>

## 4. Oświadczenie lekarza

4. Medical practitioner's declaration

<b>Potwierdzam, że wyżej wymienione leczenie jest uzasadnione z medycznego punktu widzenia oraz, że zastosowanie innego leku, który nie znajduje się na liście środków i metod zabronionych, nie byłoby wystarczające do leczenia stanu chorobowego zawodnika.</b> <small>I certify that the above-mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medication not on the prohibited list would be unsatisfactory for this condition.</small>				
<b>Imię i nazwisko:</b> <small>Given name and surname:</small>				
<b>Specjalizacja:</b> <small>Medical specialty:</small>				
<b>Adres:</b> <small>Address:</small>	<small>Ulica/street</small>			
<b>Tel.:</b> <small>Tel.:</small>		<b>Fax:</b> <small>Fax:</small>		
<b>E-mail:</b> <small>E-mail:</small>				
<b>Podpis lekarza:</b> <small>Signature of Medical Practitioner:</small>		<b>Data:</b> <small>Date:</small>	<small>Dzień/day</small>	<small>Miesiąc/month</small>
			<small>Rok/year</small>	

## 5. Oświadczenie sportowca

5. Athlete's declaration

<b>Ja, ....., potwierdzam, że informacje podane w punkcie 1. są dokładne oraz że wnioskuję o zezwolenie na używanie substancji lub metody zabronionej umieszczonej na Liście Zabronionych Substancji i Metod WADA. Wyrażam zgodę na ujawnienie informacji lekarskich dotyczących mojej osoby organizacji antydopingowej, a także pracownikom WADA i Komitetowi Wyłączeń Terapeutycznych WADA zgodnie z postanowieniami Kodeksu. Rozumiem, że jeśli kiedykolwiek będę chciał cofnąć prawo Komitetowi Wyłączeń Terapeutycznych organizacji antydopingowej lub Komitetowi Wyłączeń Terapeutycznych WADA na uzyskiwanie informacji na temat mego zdrowia, muszę powiadomić o tym fakcie na piśmie lekarza.</b> <small>I, ....., certify that the information under point 1. is accurate and that I am requesting approval to use a Substance or Method from the WADA Prohibited List. I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organization (ADO) as well as to WADA staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO under the provisions of the Code. I understand that if I ever wish to revoke the right of these organizations to obtain my health information on my behalf, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact.</small>				
<b>Podpis sportowca:</b> <small>Athlete's signature:</small>				<b>Data:</b> <small>Date:</small>
	<small>Dzień/day</small>	<small>Miesiąc/month</small>	<small>Rok/year</small>	
<b>Jeśli zawodnik jest niepełnoletni lub niepełnosprawny, a jego niepełnosprawność uniemożliwia mu podpisanie wniosku, podanie podpisuje rodzic lub opiekun prawny razem ze sportowcem lub w imieniu sportowca.</b> <small>If the athlete is a minor or has a disability preventing him/her to sign this form, a parent or guardian shall sign together with or on behalf of the athlete.</small>				
<b>Podpis rodzica/opiekuna:</b> <small>Parent's/guardian's signature:</small>				<b>Data:</b> <small>Date:</small>
	<small>Dzień/day</small>	<small>Miesiąc/month</small>	<small>Rok/year</small>	

**6. Uwaga**

6. Note

<p><b>Uwaga 1.</b> Note 1.</p>	<p><b>Diagnoza:</b> <b>Dokumenty potwierdzające diagnozę muszą być dołączone i przekazane razem z niniejszym wnioskiem. Należy dołączyć historię choroby oraz wyniki wszystkich odpowiednich badań laboratoryjnych oraz obrazowych. Należy dołączyć kopie oryginalnych raportów lub listów, gdy jest to możliwe. Wszystkie dokumenty powinny być maksymalnie obiektywne w danych okolicznościach klinicznych, a w wypadku stanów chorobowych, które nie są oczywiste, do podania należy dołączyć niezależną opinię lekarską.</b></p> <p>Diagnosis: Evidence confirming the diagnosis must be attached and forwarded with this application. The medical evidence should include a comprehensive medical history and the results of all relevant examinations, laboratory investigations and imaging studies. Copies of the original reports or letters should be included when possible. Evidence should be as objective as possible in the clinical circumstances and in the case of non-demonstrable conditions independent supporting medical opinion will assist this application.</p>
------------------------------------	---

**Uwagi, załączniki**

Comments, attachments

**Niekompletne wnioski zostaną zwrócone i będą musiały być złożone ponownie!**

Incomplete Applications will be returned and will need to be resubmitted!

**Wypełniony formularz należy przesłać do organizacji antydopingowej,  
a jego kopię zachować.**

**Please submit the completed form to the ADO and keep a copy for your records.**